

Émergence de maladies infectieuses

Risques et enjeux de société

Serge Morand, Muriel Figuié, coord.



4. L'action collective face au défi des zoonoses émergentes

Muriel Figuié

LES MALADIES INFECTIEUSES SONT DEPUIS QUELQUES DÉCENNIES l'objet d'une attention accrue du corps médical ou vétérinaire, mais aussi de nombreuses institutions (publiques ou privées ; gouvernementales ou non gouvernementales ; nationales, internationales ou transnationales, etc.). Leur objectif est notamment de mobiliser un nombre croissant d'acteurs dans la surveillance et le contrôle de ces maladies (médecins, vétérinaires, malades, éleveurs, gestionnaires de la faune sauvage, législateurs, chercheurs, etc.).

Or les difficultés sont nombreuses à mobiliser de façon coordonnée l'ensemble de ces acteurs, comme l'a montré récemment l'émergence de maladies infectieuses nouvelles (cas du SRAS, des grippes liées aux virus H5N1, H1N1, et de la maladie à virus Ébola...).

Les explications généralement attribuées à ces difficultés relèvent de deux types de perspectives, individualiste et culturaliste, qui dominent dans les sciences médicales et vétérinaires. La perspective individualiste privilégie les déterminants liés à des facteurs cognitifs, psychologiques ou relevant d'une rationalité économique individuelle. La perspective culturaliste met en avant l'attachement plus ou moins conscient des sociétés à un héritage de croyances et savoir-faire qui limiterait leurs possibilités d'adaptation et de réponse à des défis nouveaux. Ces perspectives attribuent ainsi l'échec des dispositifs de contrôle des maladies infectieuses à l'écart entre les comportements des individus et les comportements attendus d'eux. Et afin de modifier les connaissances, attitudes ou croyances à l'origine de ces biais comportementaux, elles recommandent la mise en place d'actions de communication, de sensibilisation ou d'éducation.

Ces perspectives ont fait l'objet de nombreuses critiques dans le domaine de la santé humaine (Dozon et Fassin, 2001 ; Farmer, 2006) : elles tendent à désigner comme responsables de la propagation et de l'échec du contrôle des maladies ceux qui en sont victimes, c'est-à-dire les malades eux-mêmes ; elles portent peu d'intérêt aux rationalités des acteurs concernés, au caractère hétérogène de leurs intérêts et aux déterminants collectifs des comportements individuels. Ces déterminants sont de diverses natures. Certains sont relatifs à l'organisation structurelle de la société : cette organisation produit des inégalités d'exposition et d'accès aux soins qui limitent la possibilité

pour certains individus d'adopter les recommandations qui leur sont faites¹⁷. D'autres tiennent du fait que les comportements des individus sont aussi le fruit de leurs interactions avec d'autres individus, c'est-à-dire que les individus sont influencés par leurs comportements respectifs.

Ce dernier point amène la question des conditions de la coordination entre les individus pour agir collectivement. C'est cette coordination qui permet le fonctionnement d'une organisation (comme une agence sanitaire) ou d'un réseau (de surveillance épidémiologique par exemple). Comment les comportements des individus peuvent-ils s'ajuster pour construire une action collective efficace ? Cette question dépasse les seuls individus pour inclure la coordination entre collectifs, tels que des agences sanitaires, des États ou des organisations internationales.

Ce chapitre entend faire le point sur les réponses disponibles à ces questions à partir d'une lecture non exhaustive de travaux en sociologie et en économie et d'études empiriques. Les exemples mobilisés sont issus de la lutte contre les maladies infectieuses, et en particulier les maladies infectieuses émergentes animales et zoonotiques¹⁸. Beaucoup traitent de la grippe aviaire liée au virus H5N1, et ont été relevés au travers de travaux de recherche conduits par l'auteur dans le cadre de collaborations pluridisciplinaires (sciences sociales et épidémiologie), dans divers contextes institutionnels (recherches académiques et expertises) et géographiques.

La surveillance sanitaire et la vaccination (quand un vaccin existe) sont des outils majeurs du contrôle des maladies infectieuses. C'est pourquoi les exemples mobilisés ici sont centrés sur ces deux types d'action collective : la participation des éleveurs à la surveillance d'une maladie (et sa déclaration aux autorités compétentes dans le cas de maladies à déclaration obligatoire) et l'adhésion à un programme de vaccination.

Ce chapitre considère les maladies émergentes comme des risques collectifs modernes relevant de l'action collective. Il passe en revue les obstacles à cette action à différentes échelles, celles des individus, des collectifs, des États et des organisations internationales¹⁹. En conclusion de ce chapitre, nous discutons l'invitation faite par diverses organisations internationales à considérer la gestion des maladies infectieuses émergentes comme un bien public mondial.

17. Farmer (2006) explique les raisons pour lesquelles les femmes les plus pauvres en Haïti en viennent à abandonner leur traitement contre le sida. Leurs raisons sont souvent liées aux difficultés logistiques et économiques d'accès aux soins et au découragement face à l'inertie ou l'incompétence des institutions en charge des plus pauvres.

18. À noter que 60 % des maladies infectieuses émergentes sont des zoonoses, c'est-à-dire communes aux hommes et aux animaux, et que 70 % d'entre elles ont pour origine la faune sauvage (Jones *et al.*, 2008).

19. Ceci sans avoir la prétention d'épuiser le sujet, car il aurait fallu, pour être exhaustif, traiter également de la coordination de bien d'autres acteurs, dont notamment ceux du public et du privé.

Les zoonoses émergentes : risques collectifs modernes et action collective

LES MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES SONT DES MALADIES NOUVELLES à plusieurs titres. Les mécanismes biologiques dont elles relèvent peuvent être nouveaux, comme leur rythme de propagation et leur extension géographique (du fait de la globalisation et de la rapidité des échanges). Les processus en jeu, à la fois biologiques, sociologiques, politiques, économiques, sont de plus en plus complexes. L'urgence et l'incertitude caractérisent leur gestion de façon croissante, compte tenu de l'ambition d'anticipation dont les organisations internationales en particulier (telles que l'OMS et l'OIE) sont porteuses. De ce fait, les maladies émergentes peuvent être analysées à partir du concept de « risque collectif moderne » et les défis qu'elles posent à nos sociétés à partir de celui d'« action collective ».

■ Les zoonoses émergentes : des risques collectifs modernes

Les maladies infectieuses des hommes ou des animaux sont des maladies transmissibles. Elles affectent (*via* les animaux notamment) des communautés potentiellement larges (elles sont qualifiées de pandémie lorsque l'ensemble de la planète est touché). Les communautés s'y trouvent exposées involontairement (contamination de l'environnement, commerce d'animaux ou d'aliments, etc.). Pour contrôler ces maladies, ces communautés doivent s'organiser collectivement (pour la surveillance épidémiologique, la lutte vectorielle, la mise en quarantaine, les abattages sanitaires, etc.).

Les maladies infectieuses peuvent donc être abordées à partir du concept de risque collectif, tel que défini par Gilbert (1998) et Borraz *et al.* (2007). Pour reprendre la distinction opérée par Godard *et al.* (2002), les risques collectifs sont des dangers (dans le cas de risques avérés) ou des menaces (dans le cas de risques potentiels). Ils affectent directement ou indirectement non seulement des individus, mais aussi des communautés d'individus. Ils sont en partie le produit de comportements ou de décisions collectives, et l'exposition à ces risques échappe au contrôle individuel. Si des actions de protection individuelle sont possibles, leur efficacité dépend néanmoins grandement des actions des autres individus. La prise en charge de ces risques relève de l'intérêt général ou collectif et exige donc une action coordonnée, éventuellement sous la responsabilité de l'État, et peut donc être analysée à partir du concept d'action collective (Borraz *et al.*, 2007).

L'action collective fait référence à une action organisée permettant de coordonner les actions des membres d'un collectif. Les modalités de cette organisation, l'intentionnalité de l'action, le formalisme du collectif peuvent varier selon les définitions et les courants de pensée qui les portent²⁰. Le collectif dont il est question dans le concept d'action

20. Le concept est parfois utilisé dans un sens restreint en sociologie pour se référer à la mobilisation politique d'un groupe dans le but de faire avancer ses intérêts ou sa cause sur la scène publique. Certains

collective est constitué par des individus réunis plus ou moins intentionnellement par une même motivation. Le collectif peut inclure également, comme c'est le choix ici, les autorités politico-administratives.

■ La mobilisation d'un vaste collectif autour d'un problème incertain

Les maladies infectieuses sont des risques collectifs qui posent des défis spécifiques. La gestion des maladies infectieuses émergentes, de par leur définition même, suppose la mobilisation d'un collectif large et hétérogène, notamment du fait de leur caractère fréquemment zoonotique. Les progrès scientifiques révèlent la complexité de ces risques (Mayer, 2010) qualifiés de systémiques (OCDE, 2003). Ils montrent que l'émergence est moins le résultat d'événements aléatoires que le produit d'interactions complexes entre les hommes, les animaux et leur environnement (selon le concept *One Health*²¹ ; Jerolmack, 2013). Leurs conséquences sont amplifiées, voire révélées par une vulnérabilité sociale accrue (faiblesse des services de santé et des services vétérinaires, inégalités sociales ; Farmer, 2006). Elles ont ainsi la capacité de mobiliser de vastes collectifs, porteurs de savoirs ou de revendications diverses (économiques, environnementales, sociales, etc.) et dont les contours évoluent au gré notamment de la progression des connaissances²².

Le collectif mobilisé par la gestion des maladies infectieuses émergentes est géographiquement étendu. Ces maladies interviennent dans un contexte globalisé où les interactions entre les acteurs sont fréquentes, rapides, et portent sur de vastes espaces, voire sur l'espace mondial. Ce sont donc des risques sanitaires de grande ampleur, qui se propagent rapidement et exigent une coordination rapide au-delà des frontières disciplinaires, sectorielles mais aussi nationales (Gilbert, 2007 ; Beck, 2006). Cette géographie peut être également constamment redéfinie (Hinchliffe *et al.*, 2013 ; Enticott, 2008). Les maladies infectieuses émergentes renouvellent donc les problèmes posés par l'action collective de par la diversité des membres et la taille du collectif potentiellement mobilisé.

y voient le résultat d'une dynamique spontanée, la conséquence logique de la structure objective des problèmes à résoudre, le résultat d'un processus évolutif, ou encore considèrent qu'elle ne peut s'obtenir que sous la contrainte.

21. Le concept *One Health* témoigne d'une volonté de décroïsonner les approches sectorielles des questions sanitaires. C'est lors d'un symposium organisé en septembre 2004 par l'ONG Wildlife Conservation Society sur « les maladies actuelles et potentielles qui circulent ou seraient susceptibles de circuler entre les hommes, les animaux domestiques et la faune sauvage » que les participants, parmi lesquels de nombreuses organisations internationales (OMS, FAO, OIE, IUCN, etc.), énoncent les « 12 principes de Manhattan ». Ces principes sont à la base du concept *One World, One Health*, lui-même à l'origine du concept *One Health*. Ils entendent souligner que santé humaine, santé animale, santé de l'écosystème ne font qu'un, justifiant une approche intersectorielle et une recherche pluridisciplinaire.

22. Au Royaume-Uni par exemple, les blaireaux ont été mis en cause dans la propagation de la tuberculose bovine. Leur abattage a été décidé par les autorités sanitaires (en 2013) pour réduire les contaminations des cheptels bovins. Les défenseurs de l'environnement, alors absents du champ de la tuberculose, se sont mobilisés et ont ainsi élargi le collectif constitué autour de cette maladie.

Les maladies infectieuses émergentes posent aussi de nouveaux défis à l'action collective du fait du contexte de forte incertitude dans lequel cette action se déploie. En tant que maladies émergentes (ou réémergentes), ce sont des maladies nouvelles ou qui apparaissent dans un contexte nouveau ou transformé. Elles sont donc caractérisées par un important degré d'incertitude lié aux connaissances limitées disponibles à leur sujet.

L'incertitude qui caractérise beaucoup de maladies émergentes ne peut servir dans le contexte sociopolitique actuel à justifier l'inaction. En effet, avec la montée en puissance dans les politiques publiques du principe de précaution et de l'impératif d'anticipation, la prise en charge de ces maladies appelle une action rapide avant que ne soit produit un savoir stabilisé (voire dans un contexte scientifique « cacophonique ») qui permettrait d'orienter plus clairement les décisions individuelles, collectives et publiques²³.

Cette action se déploie dans des contextes où la « visibilité » du problème est variable. Le défi est parfois d'agir en réponse à des signaux faibles mais qui annoncent potentiellement une catastrophe (comme dans le cas de H₅N₁ ; Chateauraynaud, 2011). D'autres fois, il s'agit au contraire de répondre à des infections massives (comme dans le cas de l'épidémie d'Ébola). La mobilisation collective peut alors être complexe. Elle doit intégrer des réactions de déni, voire de panique (non nécessairement liées à l'intensité des signaux d'ailleurs). Les maladies peuvent aussi être instrumentalisées par des acteurs qui exploitent la situation d'incertitude scientifique à des fins économiques ou politiques.

La maîtrise des maladies infectieuses émergentes (animales, humaines ou zoonotiques), comparées à des risques plus classiques, pose donc des défis accrus à l'action collective : elle suppose la mobilisation coordonnée d'acteurs et groupes d'acteurs, plus nombreux et hétérogènes, interpellés pour agir rapidement sur la base de connaissances limitées. Nous examinons pour suivre les modalités et les freins de cette coordination, d'abord entre individus puis entre collectifs.

Quels motivations et freins à la collaboration entre individus ?

UNE PREMIÈRE ÉCHELLE D'ANALYSE DE L'ACTION COLLECTIVE est celle des individus. Classiquement, il est attendu d'individus informés et rationnels, partageant un intérêt commun, qu'ils s'organisent pour défendre ensemble cet intérêt. Mais plusieurs obstacles sont identifiés. Les individus peuvent ne pas avoir conscience de l'intérêt commun ; en outre, cet intérêt commun peut aussi être absent, toutes les situations n'étant pas

23. Nous nous référons ici au principe de précaution tel que le définissent Godard *et al.* (2002). La précaution diffère de la prévention : la prévention s'applique aux risques avérés, la précaution aux risques potentiels, aux incertitudes. La précaution ne doit pas être assimilée à un principe d'inaction qui serait motivé par un excès de prudence.

nécessairement « gagnant-gagnant ». De plus, même si des intérêts communs existent, les individus procèdent à des arbitrages parmi l'ensemble de ces intérêts en fonction de la diversité des contraintes qui leur sont propres ou des valeurs qu'ils privilégient. Enfin, la somme de comportements individuels rationnels peut produire des résultats aberrants d'un point de vue collectif. Ce sont ces trois aspects que nous examinons successivement ici.

I Des intérêts individuels à l'intérêt commun

Les approches individualistes et culturalistes considèrent généralement que les individus peuvent ne pas percevoir leur intérêt commun, du fait d'un certain nombre de freins : ces freins relèvent de biais cognitifs²⁴ (liés à des déficits d'informations), psychologiques²⁵ (liés à des facteurs notamment émotionnels) ou encore culturels²⁶ (liés à des éléments de traditions qui empêcheraient le changement individuel de comportement²⁷). Ces biais contribuent à l'absence de prise de conscience d'un intérêt commun. Ces facteurs sont particulièrement importants lorsqu'il s'agit de faire face à une situation inédite, nouvelle pour les individus, comme dans le cas des maladies émergentes ou réémergentes.

Ces facteurs d'ordre cognitif, psychologique et culturel sont fréquemment évoqués pour opposer les approches émotionnelles, traditionnelles et subjectives des profanes aux approches rationnelles, modernes et objectives des experts. Mais il faut aussi envisager de façon moins binaire et moins normative qu'au sein d'une société les individus (experts ou profanes) sont tous soumis (mais pas nécessairement de la même manière, ni selon la même intensité, et ni de façon synchrone) à ces facteurs cognitifs, psychologiques ou culturels.

Il faut également souligner qu'évoquer des freins à la prise en compte d'un intérêt commun, c'est adopter une position surplombante pour énoncer une vérité, celle de l'existence d'un intérêt commun, vérité qui échapperait à la conscience des acteurs sociaux. Or c'est l'existence même d'un intérêt commun qu'il faut aussi questionner. La définition même de l'intérêt commun n'est pas à l'abri des rapports de force et des effets d'autorité qui structurent les sociétés. Tous les acteurs n'y ont pas le même pouvoir de définir l'intérêt commun.

24. Pour les sciences cognitives, le changement de comportements pour s'adapter à une situation nouvelle passe par plusieurs phases. Ces phases diffèrent selon les modèles théoriques (connaissance-attitude-comportement, théorie du comportement planifié, modèle de croyance pour la santé, etc.). Dans ces modèles, l'information et l'éducation jouent toujours un rôle central, en orientant successivement l'attitude et le comportement des individus.

25. Des psychologues ont montré que l'acceptation d'une situation nouvelle traumatisante passe par plusieurs phases : déni/panique et agressivité/marchandage/dépression/acceptation (modèle de Kübler-Ross).

26. L'existence de croyances plus ou moins conscientes et explicites, de routines ou d'heuristiques de comportements peut freiner l'adhésion d'un individu à la croyance qu'une action est possible. Elle peut amener à rejeter des modèles d'explication relevant par exemple de la médecine (vétérinaire) moderne. Une attitude fataliste est aussi parfois évoquée pour caractériser les sociétés dites « prémodernes » ou « traditionnelles ».

27. L'économie comportementale identifie encore de nombreux autres aspects d'ordre psychologique tels que l'aversion aux risques, les distorsions de probabilités perçues, etc.

Dans le cas de la France, les modalités de gestion des maladies animales ont été récemment redéfinies par la nouvelle gouvernance sanitaire (NGS, issue des États généraux du sanitaire en 2010 et formalisée par la loi d'orientation agricole²⁸). Cette nouvelle gouvernance fixe les rôles respectifs de l'État et des éleveurs, et vise à une plus grande responsabilisation des éleveurs et des organisations professionnelles. La gestion des maladies animales endémiques faiblement ou non transmissibles (maladies dites de catégorie 3) relève de l'initiative individuelle. Celle des maladies endémiques transmissibles entre élevages (catégorie 2) relève d'un programme collectif volontaire (approuvé par l'État). Mais dans le cas de maladies épidémiques fortement transmissibles, et lorsque le danger sanitaire associé peut porter « une atteinte grave à la santé publique ou à la capacité de production d'une filière animale » (catégorie 1), c'est l'intervention directe de l'autorité de l'État qui est requise.

Cette catégorisation des maladies ne relève pas uniquement de la structure objective des problèmes à résoudre. Certes, la loi d'orientation agricole française citée précédemment catégorise ces maladies en fonction de caractéristiques intrinsèques (endémique ou épidémique, plus ou moins transmissible). Elle intègre également les conséquences, biologiques et économiques, selon que ces conséquences relèvent de l'intérêt privé (catégorie 3), collectif (catégorie 2) ou général (catégorie 1) (Rat-Asper et Krebs, 2013). Mais dans les faits, ces catégorisations, et les rôles qu'elles distribuent, résultent aussi de négociations. Comme pour d'autres types de risques, les maladies animales donnent parfois lieu à des mobilisations sociales pour revendiquer une reconnaissance et une prise en charge du problème par la puissance publique. Pour les maladies animales, un exemple est donné par la revendication de groupes d'éleveurs français (engagés dans des filières d'exportation) pour une réglementation plus stricte sur la rhinotrachéite infectieuse bovine (IBR). Celle-ci, actuellement en catégorie 2, pourrait sous la pression entrer en catégorie 1. Des exemples relevant des maladies humaines sont ceux de la mobilisation des associations des victimes du sida ou de la maladie de Lyme. C'est donc tout autant le collectif mobilisé qui définit le problème et la « nature » de l'intérêt, que le problème qui définit le collectif à mobiliser (Mormont, 2009).

Prenons ici le cas d'une maladie animale dont la gestion est laissée à l'initiative des collectifs d'éleveurs²⁹. Chaque éleveur peut avoir intérêt à vacciner ses animaux contre cette maladie, en particulier si le coût individuel de la vaccination est compensé par les gains de productivité obtenus. Et les éleveurs peuvent avoir intérêt à s'organiser collectivement pour faciliter l'approvisionnement en vaccins et l'organisation de la vaccination. C'est ce que font en France plusieurs collectifs d'éleveurs (organisés sous la forme de GDS, groupements de défense sanitaire).

Mais le rapport coût-bénéfice de la mise en œuvre d'une vaccination varie selon les exploitations, car le niveau de perte associé à une même maladie est fonction des

28. Ordonnance 2011-862 du 22 juillet 2011.

29. C'est donc le cas en France des maladies endémiques faiblement transmissibles (catégorie 3).

systèmes d'élevage (Chilonda et Van Huylbroeck, 2001). L'intérêt de la vaccination n'est donc pas identique pour tous, car les membres d'un groupe n'ont pas nécessairement la même structure de coûts et bénéfices. Par exemple, en Corse, face à la maladie d'Aujeszky³⁰, dans les élevages extensifs, les éleveurs compensent les baisses de productivité liées à la présence de la maladie par un effectif plus élevé de porcs (permettant de maintenir la productivité du travail de l'éleveur), tandis que dans les élevages intensifs, où l'objectif est de maximiser la production de chaque animal, la vaccination est davantage pratiquée.

Un autre exemple est celui du contrôle de la fièvre aphteuse en Afrique australe. Le contrôle de cette maladie est une des priorités des politiques agricoles de plusieurs pays de la région. Ce contrôle bénéficie principalement aux éleveurs qui exportent vers les marchés internationaux les plus rémunérateurs, car il est une condition d'accès à ces marchés. La maladie elle-même n'affecte que de façon limitée les animaux, surtout dans les élevages extensifs. Mais les coûts indirects de ce contrôle pèsent sur l'ensemble des éleveurs, même ceux qui n'exportent pas : déplacements limités des animaux (ce qui peut être très contraignant en période de sécheresse et pour leur commercialisation), voire quarantaine et abattage (Figuié et Fouilleux, 2013 ; Thomson, 1995 ; Scoones et Wolmer, 2007).

Ce sont aussi souvent les mesures préconisées qui font débat parmi ceux qui sont chargés de les mettre en œuvre, plutôt que l'objectif lui-même. Les éleveurs peuvent adhérer à l'objectif de lutter contre une maladie animale, mais diverger sur le choix des mesures prises par les autorités vétérinaires, notamment lorsque ces dernières préconisent des abattages sanitaires préventifs. Il en est de même pour les associations de protection des animaux, et la société en général, qui furent par exemple choquées par l'image des bûchers d'animaux érigés durant les dernières épidémies de fièvre aphteuse au Royaume-Uni.

Même si l'intérêt de lutter contre une maladie animale est largement partagé au sein d'une communauté, les priorités peuvent diverger selon les individus, leurs intérêts économiques immédiats (et notamment leur structure de coûts-bénéfices évoquée plus haut), mais aussi selon les normes et les valeurs qui guident leurs actions.

■ Une question d'altruisme ? Rationalités et valeurs

L'adhésion à des valeurs communes ou à des normes sociales est un facteur d'agrégation des comportements individuels en une action collective.

L'économie néoclassique oppose le calcul de l'intérêt personnel à l'altruisme ou à la solidarité, les individus égoïstes aux individus altruistes³¹. La sociologie oppose plutôt

30. La maladie d'Aujeszky est une maladie virale non zoonotique affectant principalement les porcs.

31. Les individus de type « rationnel égoïste » privilégient leurs propres intérêts à ceux du groupe, au détriment donc de la construction de biens collectifs, alors que des individus plus coopératifs, porteurs de valeurs d'altruisme et de solidarité, font passer leurs intérêts personnels au second plan, après le bénéfice du groupe.

différents types de rationalité (plutôt que les individus) et souligne la diversité des rationalités et des logiques qui orientent les comportements d'un même individu³²).

Au Vietnam et en Thaïlande, il a été observé dans plusieurs villages dont l'activité économique principale est l'élevage de volailles (Paul *et al.*, 2015 ; Figuié et Desvaux, 2015) que les éleveurs échangent entre eux des informations sur l'état de santé de leurs animaux. Ces éleveurs ont ainsi construit un réseau de surveillance épidémiologique informel, relativement indépendant des dispositifs mis en place par les autorités sanitaires vétérinaires. Ces informations permettent à chacun d'être informé des maladies des volailles qui circulent. Chacun peut ainsi prendre d'éventuelles mesures de prévention (surveillance accrue de ses propres animaux, limitation des entrées sur la ferme, nettoyage des locaux, etc.) ou d'atténuation (vente anticipée des animaux).

Un éleveur fait preuve d'altruisme lorsqu'il informe ses voisins de la survenue dans son troupeau d'une maladie infectieuse à forte mortalité, comme la grippe aviaire. Mais ce qui l'anime est probablement aussi l'espoir d'être payé en retour, c'est-à-dire d'être informé à son tour des maladies survenant chez son voisin³³. En outre, si les éleveurs dans le cas cité plus haut adoptent un comportement altruiste à l'égard des membres de leur communauté, ce comportement est égoïste à l'égard des personnes extérieures. En effet, l'information circule dans un réseau de taille réduite, par proximité sociale (famille, réseau professionnel) et géographique (de l'ordre de quelques kilomètres) (Figuié et Desvaux, 2015). En revanche, la présence de la maladie est cachée aux potentiels acheteurs extérieurs au collectif. Il est en effet important de vendre rapidement les animaux exposés à la maladie pour limiter les pertes économiques. Ceci se fait au risque de contaminer le troupeau des acheteurs étrangers ou de compromettre la santé des consommateurs. De même, cette information n'est pas transmise aux autorités vétérinaires : les éleveurs n'attendent que peu d'appui de ces dernières et souhaitent éviter les mesures coercitives qui s'ensuivraient (abattage sanitaire, mise en quarantaine de la zone, etc.).

Des exemples proches sont fournis par Paul *et al.* (2015), qui étudient la gestion de la grippe aviaire chez des éleveurs thaïlandais de coqs de combat, ou encore chez Prete (2008), qui étudie en France la surveillance d'une maladie de la tomate.

Les rationalités sont plus multiples que ne le révèle une vision souvent trop réductionniste et décontextualisée d'un pur *Homo economicus*. Les comportements sont complexes et se réfèrent à une logique pluridimensionnelle. Le conflit n'est pas seulement dans l'opposition

32. Le sociologue M. Weber dresse une typologie des formes de rationalité et distingue notamment une rationalité en finalité (orientée vers le résultat de l'action) et une rationalité en valeur (favorisant un comportement conforme à des valeurs, indépendamment du résultat de ce comportement). Dans le premier cas (rationalité en finalité), l'individu prend seul des décisions sur un risque isolé, tenant compte uniquement des conséquences de sa décision. Dans le second cas (rationalité en valeur), l'individu privilégie un comportement en accord avec des valeurs de son groupe, quelles qu'en soient les conséquences.

33. La distinction entre rationalité en valeur et en finalité n'est pas totalement satisfaisante. Des actions rationnelles en valeur peuvent sur le plus long terme servir des intérêts individuels. La solidarité elle-même peut être justifiée par un calcul et l'attente d'être payé en retour.

entre intérêts personnels et valeurs collectives. Il réside aussi entre les nombreuses logiques et valeurs qui animent le comportement d'un même acteur en lien avec sa multi-appartenance sociale. La résistance de jeunes vétérinaires sud-africains lors de l'épidémie de grippe aviaire en 2004 peut s'expliquer ainsi. Ces jeunes vétérinaires ont vécu une situation de dissonance entre leur mission de santé publique vétérinaire, celle de protection des animaux, la nature des relations entretenues avec leur clientèle et leur lien à l'animal en général. Plusieurs d'entre eux ont ainsi refusé d'abattre préventivement des autruches suite à des foyers de grippe aviaire. Car les autruches ne sont pas seulement des animaux de rente, ce sont aussi des animaux de compagnie (leur durée de vie en captivité est de 35 ans). Elles ont une valeur affective pour les éleveurs que ces vétérinaires n'ont pas négligée.

■ Les cavaliers seuls de la santé animale

Même lorsqu'un intérêt commun et la conscience de cet intérêt commun existent, de nombreux obstacles persistent pour amener tous les individus à adopter un comportement favorable à l'intérêt collectif. Ces obstacles sont révélés par la théorie des jeux en économie. Le but n'est pas d'aborder ici l'ensemble des cadres explicatifs proposés par cette théorie, mais d'illustrer par un exemple la difficile convergence des comportements individuels.

Les éleveurs ont généralement intérêt à éradiquer de leur territoire une maladie qui affecte leur troupeau. L'éradication d'une maladie animale permet à la fois de réduire les pertes animales (par mortalité ou baisse de productivité) et de supprimer les coûts d'une éventuelle vaccination devenue inutile. Mais lorsqu'un vaccin est disponible, une éradication ne peut s'obtenir le plus souvent que si tous les éleveurs s'engagent sur plusieurs années à vacciner leurs animaux contre la maladie visée.

Les éleveurs qui vaccinent leurs animaux contribuent à réduire la prévalence de la maladie et à limiter l'exposition au virus des cheptels voisins. Ils produisent ainsi une externalité positive (Rat-Aspert *et al.*, 2008) : l'immunité collective (*herd immunity*). Une couverture vaccinale optimale est de l'ordre de 70 à 80 %, elle permet de stopper la transmission d'une maladie (sans l'éradiquer pour autant). Elle réduit pour les animaux non vaccinés le risque d'une contamination. Certains éleveurs peuvent donc être tentés de profiter de cette immunité collective en ne vaccinant pas leurs propres animaux : ils ne paient ainsi pas le coût de la vaccination, ni ne s'exposent aux possibles effets secondaires. Mais ils profitent du fait que d'autres s'y soumettent.

C'est ce que l'économie qualifie de comportement de cavalier seul (*free riding*) et identifie comme une des limites à l'action collective. Cette limite est posée par le fait que l'action collective produit une externalité positive, c'est-à-dire un bien dont peuvent bénéficier ceux qui n'y ont pas contribué (on parle en économie de ticket gratuit).

Les éleveurs qui ne vaccinent pas leurs animaux bénéficient de cette couverture vaccinale tant que ceux qui vaccinent sont suffisamment nombreux. Et, paradoxalement, les comportements de cavalier seul peuvent augmenter avec le succès de l'action collective, chacun prenant pour acquis les résultats de cette action dont le succès en compromet

ainsi la poursuite (Siegal, 2009). D'autant plus que les individus coopératifs sont découragés par les comportements de cavalier seul et cessent à leur tour de coopérer.

C'est pourquoi certains auteurs comme Olson (1978) considèrent l'action collective improbable en l'absence de contraintes extérieures. Et Rat-Asper *et al.* (2008) montrent, dans le cas de la diarrhée virale bovine (DVB), et à partir d'un travail de modélisation théorique, que seule une vaccination totalement gratuite ou obligatoire permettrait d'atteindre une couverture vaccinale conduisant à l'éradication de la maladie.

Ces problèmes se posent dans le cas même de la surveillance épidémiologique. Dans le cas du réseau informel de surveillance cité plus haut, la surveillance contribue à produire une information sanitaire, disponible à l'ensemble du collectif. Pour l'éleveur qui signale la présence de la maladie dans son troupeau, le coût peut être élevé si l'information sort du réseau et est connue des autorités sanitaires (restrictions à la commercialisation des animaux, stigmatisation, voire abattage total, etc.). L'éleveur doit donc faire confiance à la communauté d'éleveurs. Il ne tirera un bénéfice de son comportement qu'ultérieurement, si les autres éleveurs adoptent le même comportement. Compte tenu de ces incertitudes, il est tentant de profiter des informations fournies par les autres éleveurs, mais sans y contribuer.

La confiance (d'être payé en retour du coût d'un comportement collaboratif) est un des facteurs de l'action collective. Les différents jeux en économie basés sur le dilemme social montrent que, parmi d'autres facteurs, lorsque la durée du jeu augmente (et qu'elle est connue des joueurs), les individus tendent à augmenter les comportements coopératifs (Isaac *et al.*, 1994, cités par Ostrom, 2000)³⁴.

Il faut rappeler ici que les maladies émergentes ont pour caractéristiques d'être nouvelles pour les acteurs qui y sont confrontés. Elles sont souvent gérées dans l'urgence, en dehors de règles d'actions stabilisées. Les asymétries d'information sont alors importantes, les anticipations des comportements réciproques, incertaines. Ces différents éléments contribuent encore au défi posé à l'action collective pour la gestion des maladies infectieuses émergentes.

Quels défis à l'élargissement des collectifs ?

LES FREINS ÉVOQUÉS PRÉCÉDEMMENT concernent essentiellement la coordination horizontale entre individus, c'est-à-dire sans relation hiérarchique. Beaucoup s'exercent

34. Ostrom (2000) suggère ainsi que la mise en place de comportements coopératifs résulte d'un processus évolutif et que ces comportements sont la base de certaines normes sociales. La coopération aurait donc quelque chose de « naturel » (Ostrom s'oppose ainsi à Olson, 1978, comme à Crozier et Friedberg, 1977). Pour Ostrom, malgré tous les freins identifiés, l'action collective est répandue ; elle procure un avantage évolutif aux sociétés et elle est d'autant plus efficace que les règles de cette action sont définies par le collectif lui-même plutôt que par une autorité extérieure.

aussi sur la collaboration entre collectifs, que nous abordons ici. Notre analyse opère donc un changement d'échelle, de la collaboration des individus à la collaboration des collectifs³⁵.

Dans le cas des maladies zoonotiques émergentes (c'est-à-dire donc la majorité des maladies infectieuses émergentes), les collaborations sont appelées à s'élargir du fait du caractère systémique de ces maladies, appelant à des actions intersectorielles (santé humaine, animal, écologie, etc.). De plus, en tant que maladies liées au processus de globalisation, elles engagent des collectifs de plus en plus vastes, à l'échelle mondiale. Or, les travaux sur l'action collective indiquent que les comportements collaboratifs sont favorisés dans les collectifs de taille réduite : la confiance s'y construit sur la connaissance interpersonnelle, et les individus peuvent anticiper plus facilement les comportements des uns et des autres.

Il y a donc un réel défi à élargir la taille des collectifs engagés dans le contrôle des zoonoses émergentes. Cet élargissement met notamment en contact des acteurs sociaux aux cultures diverses (comme l'exemple traité ci-dessous des institutions de santé humaine et de santé vétérinaire). Il confronte des acteurs sociaux aux réactions éventuellement divergentes (comme les acteurs d'une filière). Il met aussi en relation des acteurs dont les stratégies et usages politiques d'une crise sanitaire peuvent s'opposer (gouvernements, ONG, etc.). Nous examinons ici ces trois aspects.

■ Les silos institutionnels et culturels face aux défis de l'intersectorialité

Comme pour les individus, l'attachement plus ou moins conscient d'un collectif (une agence sanitaire, un ministère, une organisation internationale, etc.) à un héritage de croyances et savoir-faire peut limiter sa capacité d'adaptation et de réponse à un problème nouveau.

Le concept *One Health* développé par les organisations internationales invite à considérer que les maladies émergentes ne connaissent pas de frontières entre les juridictions et qu'il faut considérer de façon conjointe la santé des hommes, des animaux et de l'environnement.

Cependant, la production de savoirs comme l'intervention publique sont organisées de façon relativement étanche, par disciplines scientifiques et secteurs d'activités. Cette division organisationnelle du travail freine la possibilité de prendre en compte des problèmes complexes, hybrides, systémiques comme le sont les maladies infectieuses émergentes. Jerolmack (2013) parle de silos institutionnels pour évoquer les freins à la collaboration liés aux cultures organisationnelles. Ces cultures ont pour avantage de permettre l'adaptation des organisations aux problèmes spécifiques qu'elles ont à traiter (santé humaine, santé animale, agriculture ou environnement). Mais elles ont aussi pour limites de réduire

35. Ceci pose aussi de façon élargie le défi de la coordination horizontale, en intégrant celui de la coordination verticale, c'est-à-dire entre collectifs organisés hiérarchiquement.

les capacités de renouvellement des cadres de pensées et d'analyses qui permettraient d'aborder des problèmes nouveaux et plus complexes. Ces silos freinent ainsi les possibilités de coopération interinstitutionnelle.

Jerolmack (2013) illustre ce phénomène de silos par le contrôle de la grippe aviaire aux États-Unis. La collaboration entre les agences américaines en charge de l'agriculture et celles en charge de la faune sauvage est entravée par plusieurs mécanismes. D'une part, les missions spécifiques de ces agences divergent : protéger les agriculteurs pour les premières, protéger la faune sauvage pour les secondes. D'autre part, le souci de leur réputation prévaut sur l'objectif de contrôle de la maladie : les premières cherchent à empêcher avant tout les abattages des animaux d'élevage (les volailles), les secondes ceux des animaux sauvages (les oiseaux étant incriminés dans la propagation de la grippe). Elles se rejettent alors mutuellement la faute pour les nouveaux foyers infectieux.

I Alignement et désalignement des cadres interprétatifs

L'idée de silo institutionnel évoque un certain immobilisme, lié à un héritage culturel. Mais les collectifs peuvent aussi se montrer plus réactifs. Se pose alors le problème de la diversité des réactions, diversité à mettre en relation avec les cadres interprétatifs des acteurs sociaux concernés.

Les cadres sont définis en sociologie comme des schèmes d'interprétation pour percevoir, interpréter et évaluer des événements et des situations. En outre, les cadres adoptés par les individus guident leurs réactions à ces événements et situations (Goffman, 1991 ; Cefaï et Trom, 2001). L'action collective est possible si les acteurs du collectif partagent un cadre commun ou du moins partagent des cadres compatibles (on parlera plutôt d'alignement des cadres ; Snow *et al.*, 1986). Ce phénomène est illustré de façon plus concrète par l'exemple ci-dessous.

Comme mentionné plus haut, les maladies infectieuses émergentes supposent pour leur gestion la mobilisation d'un collectif large et hétérogène. Les travaux conduits sur la gestion de la grippe aviaire au Vietnam auprès des consommateurs, éleveurs, acteurs des filières, décideurs politiques, et auprès de la communauté internationale montrent la diversité des cadrages, avec lesquels divers groupes d'acteurs ont appréhendé la grippe aviaire et l'ont définie en tant que problème.

Pour les organisations internationales (FAO, OIE, OMS), l'émergence du virus H5N1 a été appréhendée comme un risque majeur, sans précédent. Ces organisations ont appelé à une mobilisation de tous pour lutter contre le virus, notamment à travers sa surveillance chez les volailles (il s'agit d'une zoonose). Les divers travaux conduits au Vietnam ont montré que ce cadrage du virus H5N1 et de la maladie qui lui est associée, la grippe aviaire³⁶, est loin d'avoir été partagé par tous, ou ne l'a été qu'à des moments limités.

36. D'autres virus peuvent aussi être responsables de gripes aviaires.

Ainsi, les agriculteurs des villages vietnamiens étudiés par Figuié et Desvaux (2015) en première ligne face aux virus (il a émergé dans la région en 2003) ont vu mourir massivement leurs volailles. Ils ont craint pour leur propre santé face à cette maladie qu'ils ont d'abord comparée au SRAS³⁷ (arrivé depuis la Chine au Vietnam en 2003). Ils ont donc collaboré au dispositif national de surveillance mis en place par les autorités vietnamiennes en ligne avec les recommandations des organisations internationales (Figuié, 2013). Ils ont notamment signalé aux autorités vétérinaires les foyers qui apparaissaient dans leurs élevages (et ceci d'autant plus volontiers qu'ils espéraient une aide de ces autorités face à ce mal nouveau). Il y a donc eu dans un premier temps un alignement, une résonance entre les cadres d'analyse (des autorités nationales, des éleveurs) pour considérer la grippe aviaire comme un risque pandémique, et une collaboration a donc été possible.

Mais au fil du temps, un désalignement s'est produit, particulièrement marqué pour les villages ayant expérimenté plusieurs foyers de grippe aviaire. Les éleveurs de ces villages se sont familiarisés avec cette maladie et ont cessé de craindre pour leur santé. En effet, le nombre de cas humains s'est révélé finalement assez limité³⁸. La menace pandémique s'est estompée à mesure que la comparaison au SRAS s'avérait moins pertinente pour les éleveurs, et ces derniers ont finalement révisé leur perception de la maladie, pour l'appréhender comme une simple épizootie qu'ils ont fini par comparer non plus au SRAS, mais à la maladie de Newcastle qui décime régulièrement leurs volailles (et ne touche pas les humains). Dans ce contexte, ils ont cessé de déclarer les cas aux autorités (et évité par la même occasion les conséquences négatives évoquées plus haut), déconnectant leur réseau informel de surveillance du réseau officiel.

Ce même mouvement d'alignement et désalignement a été observé chez les consommateurs enquêtés à Hanoï par Figuié et Fournier (2008). Au début de l'épisode de la grippe aviaire, les consommateurs ont massivement stoppé la consommation des volailles. Ils ont contribué ainsi à rendre effective (par arrêt de la demande) l'interdiction gouvernementale de commercialiser des volailles (interdiction ensuite restreinte à la commercialisation de volailles vivantes). Cependant, ils ont rapidement écarté la dimension alimentaire du risque, aucun cas d'une telle transmission n'ayant jamais pu être confirmé officiellement. Puis le risque zoonotique lui-même (associé au contact avec une volaille vivante) a été écarté. L'achat et la consommation de volailles, y compris l'achat de volailles vivantes, ont donc progressivement repris à Hanoï, indépendamment des interdictions toujours en cours.

37. Lié au coronavirus, le SRAS a émergé en Chine en 2003 et s'est propagé dans 29 pays en quelques mois. Il a fait plus de 900 victimes dans le monde.

38. Il n'y a pas eu de cas humain dans les villages étudiés par Figuié et Desvaux (2015). Les cas ont été peu nombreux au Vietnam et dans le monde au regard du nombre de mortalités liées à d'autres maladies : 64 personnes sont décédées de la grippe H5N1 au Vietnam depuis 2003 (440 dans le monde) selon l'OMS (au 31 mars 2015).

Le potentiel pandémique ou même zoonotique du virus qui a justifié la mobilisation internationale ne figure pas aujourd'hui dans le cadrage local de la maladie et du risque sanitaire qui lui est associé. Ceci explique la faible adhésion des éleveurs et des consommateurs aux recommandations édictées par des autorités (déclaration des cas, arrêt du commerce de volailles vivantes en zone urbaine).

I L'usage politique des crises : état d'exception versus démocratie technique

Les deux points précédents évoquaient des situations d'immobilisme culturel ou de réactions désordonnées. Mais émergent également des réactions plus stratégiques de la part d'acteurs qui utilisent le problème nouveau pour opérer des changements d'arrière-plan (d'ordre organisationnel, économique, politique, etc.). D'autres groupes d'acteurs peuvent s'opposer à ces changements. L'action collective s'en trouve entravée.

L'ambition de gestion des maladies infectieuses émergentes, de par le caractère global de ces maladies, suppose d'élargir les collectifs en charge de leur gestion et de les reconfigurer pour favoriser leur collaboration. L'obtention d'une collaboration élargie peut se faire par la contrainte ou l'incitation.

Des mesures d'exception et l'instauration d'un état d'urgence peuvent être appliquées afin d'obtenir un alignement des conduites de tous. C'est la gestion « traditionnelle », par la mise en quarantaine et l'isolement, utilisée dans le passé pour gérer les grandes épidémies telles que la peste. Elles sont encore largement utilisées aujourd'hui dans le cas des animaux, mais des mesures d'atténuation peuvent les accompagner (indemnisation des éleveurs notamment). Ainsi, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, la gestion de la maladie de la vache folle et celle de l'épizootie de fièvre aphteuse au Royaume-Uni ont reposé sur des abattages sanitaires forcés massifs qui ont fortement choqué le public. Dans le cas des humains, les maladies émergentes contemporaines conduisent à un retour de certaines de ces mesures coercitives³⁹. La gestion de l'épidémie d'Ébola a conduit ainsi à des interdictions de déplacements (cordons sanitaires), de rassemblements (y compris l'interdiction au Sierra Leone de se rassembler pour fêter Noël en 2014), à l'instauration de couvre-feux ou encore à des mesures de confinement à domicile des populations durant plusieurs jours (comme ce fut le cas pour les plus de six millions de Sierra-Léonais du 19 au 21 septembre 2014).

Les dispositifs peuvent volontairement dépasser le seul contrôle de la maladie. Fintz (2010) a étudié la gestion de la grippe aviaire (H5N1) en Égypte en 2005-2006 et montre comment la rhétorique qui l'a accompagnée a été propice à l'instauration d'une dynamique

39. Pour exemple, cet extrait d'un article du *Monde* (18 mai 2003) : « La Chine a publié, jeudi 15 mai, une interprétation de la loi sur les maladies contagieuses qui rend passible de la peine capitale ou d'un emprisonnement à vie toute personne s'opposant à une mesure de quarantaine et disséminant le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère). » Dans le cas de l'épidémie d'Ébola (2014), un consommateur ivoirien a été condamné à 5 ans de prison ferme pour avoir consommé du rat (*Koaci*, 28 août 2014).

forte permettant d'imposer des mesures exceptionnelles au service d'un régime autoritaire (et d'enjeux électoraux) et une vision de la modernisation agricole. Elle a également été instrumentalisée dans les conflits communautaires, avec l'abattage massif et violent des cochons des communautés coptes.

D'autres pistes, moins autoritaires et plus démocratiques, peuvent permettre de relever le défi de l'action collective, la démocratie (fondée sur les principes de transparence, de responsabilisation, d'inclusion) étant présentée alors comme une réponse non pas à l'urgence mais à l'incertitude.

La gestion des risques modernes implique la participation d'un large réseau d'acteurs impliqués dans des domaines scientifiques, administratifs et politiques divers. C'est l'idée défendue par le courant des « sciences, technologies et sociétés » (STS), qui plaide pour une « démocratie technique » (Callon *et al.*, 2001) reposant sur une connaissance mutuelle des collectifs (dont il s'agit donc de reconnaître qu'ils sont des acteurs déjà organisés, et qu'ils sont légitimes à définir des règles d'action communes).

L'utilisation du concept de gouvernance dans les recherches sur les risques modernes reflète une idée similaire (Van Asselt et Renn, 2011) : selon ce concept apparu au début du ^{XXI}^e siècle, la gestion des risques modernes exige l'intégration des différents domaines du savoir (connaissances multidisciplinaires, expertes et profanes) ainsi que l'inclusion des valeurs et des préoccupations sociales dans le processus décisionnel. Et Beck (2009) souligne, pour des raisons similaires, comment les risques modernes peuvent être porteurs d'un potentiel démocratique (*democratic turn*).

Mais certains chercheurs ont une vision plus critique des conséquences potentielles d'une nouvelle gouvernance des risques. Borraz (2008) souligne que cet élargissement des intervenants ne signifie pas nécessairement plus de démocratie, mais c'est la reconnaissance que la définition et la gestion des risques modernes ne sont plus le monopole des scientifiques et des technocrates. D'autres chercheurs, proches des approches foucauldienne en termes de gouvernementalité, voient dans cette incitation à la participation une nouvelle forme de pouvoir reposant sur une surveillance accrue (O'Malley, 2008) et des politiques s'appuyant sur des « bons citoyens » qui ont intériorisé l'idée morale de responsabilité (Ewald, 1996).

Dans tous les cas, la gestion des maladies émergentes, des risques de grande ampleur, et des situations de crise qui peuvent leur être associées, a un potentiel de transformation politique dont peuvent se saisir de nombreux acteurs.

Les maladies émergentes posent donc le défi de construire des collectifs élargis pour faire face aux risques complexes et de grande ampleur qui leur sont associés. Mais ce sont aussi de nouvelles formes de gouvernement qu'elles donnent l'occasion de mettre en place.

Un nouveau paradigme pour la santé animale ?

LA RECONNAISSANCE PAR LES ÉTATS DE LEUR INTÉRÊT À COLLABORER autour des enjeux de santé est ancienne, mais cette volonté est affirmée de façon renforcée dans le contexte des émergences récentes. Les organisations internationales en charge de la santé (humaine et animale) insistent sur le fait que les maladies émergentes ne connaissent pas de frontières géographiques : compte tenu de l'intensité et de la rapidité des échanges — une épidémie peut se propager d'un lieu isolé du monde à une métropole distante en moins de 36 heures (Otker-Rob, 2014) —, leurs effets directs et indirects (y compris ceux liés aux mesures prises pour les maîtriser) sont globaux du fait de l'interconnectivité des économies et des sociétés.

La mobilisation internationale repose sur la référence à un devoir moral, de responsabilité pour la protection d'un bien commun, plutôt que sur la contrainte. Cependant, plusieurs obstacles se présentent à la collaboration entre États autour de ce bien commun, parmi lesquels ceux liés à des priorités et intérêts nationaux divergents et à la volonté des États de défendre leur souveraineté.

■ Santé animale : l'émergence d'un nouveau bien public mondial

Les épisodes récents de SRAS, grippe, Ébola ont donné lieu à de nombreux discours de la part de divers acteurs (organisations internationales, ONG, etc.) impliqués dans la gestion de la santé humaine ou animale, argumentant sur la nécessité de considérer la maîtrise de ces maladies comme un bien public mondial.

L'expression est empruntée à l'économie, laquelle distingue les biens publics des biens communs à partir de deux caractéristiques d'un bien :

- non-rivalité : la consommation de ce bien par un individu n'empêche pas la consommation par un autre ;
- non-exclusion : personne n'est exclu de ce bien qui est à disposition de tous.

Les biens publics (*public good*) sont des biens non rivaux et non exclusifs, comme l'air ou l'énergie solaire et le contrôle des épidémies. Les biens communs (*common good*) sont rivaux mais non exclusifs, comme un stock de poisson, l'eau, etc.⁴⁰

Dans le domaine des relations internationales, le concept de bien public mondial est utilisé (Gabas et Hugon, 2001) et celui de santé mondiale (*global health*) est considéré par certains auteurs comme sa déclinaison dans le domaine sanitaire (Kerouedan, 2013).

40. Les sociologues utilisent plus volontiers le terme de bien commun. L'enjeu en sociologie est moins de mettre l'accent sur la nature intrinsèque d'un bien que sur la façon dont il est construit et géré. La référence à un bien commun évoque l'idée d'un intérêt général, reposant sur des valeurs partagées, voire sur des droits universels (et a donc un sens différent de celui des économistes).

Mais c'est moins la santé elle-même que les dispositifs de prévention et de contrôle des maladies qui sont qualifiés de bien public mondial. Les économistes parlent dans ce cas de bien public intermédiaire. En outre, la prévention et le contrôle des maladies sont un bien public mondial d'un type particulier, qualifié de bien public dépendant du maillon le plus faible (*weakest link good*). C'est ce que Perrings *et al.* (2002) illustrent à propos du contrôle des invasions biologiques, parmi lesquelles celles de pathogènes : le niveau de contrôle exercé par un pays a des implications sur le risque auquel les autres pays ont à faire face ; et le niveau de protection de l'ensemble des pays est contraint par les ressources disponibles dans le plus pauvre d'entre eux.

L'idée de la santé humaine comme bien public mondial n'est pas nouvelle (Boidin, 2014). Mais elle l'est davantage dans le cas de la santé animale, qui s'y est pour ainsi dire trouvée entraînée par les maladies émergentes⁴¹. Mais le concept de bien public mondial est un concept complexe. Dans le contexte des maladies infectieuses émergentes, les organisations internationales l'appliquent essentiellement à la prévention par le biais de la surveillance épidémiologique. Dans un document de 2008 publié suite à l'épizootie de grippe aviaire (H5N1) et établissant une stratégie commune pour réduire les risques de maladies infectieuses humaines et animales, les principales organisations internationales (FAO, OIE, OMS, Banque mondiale, etc.) écrivent :

« La prévention de l'émergence et de la propagation transfrontalière de maladies infectieuses humaines et animales est un bien public mondial... Les systèmes de surveillance sur lesquels repose la prévention de l'émergence et de la propagation de ces maladies sont également reconnus comme un bien public mondial. »⁴² (FAO *et al.*, 2008)

Et encore :

« Puisque le potentiel d'une maladie reste inconnu jusqu'à ce qu'elle émerge, la surveillance des maladies infectieuses émergentes potentiellement pandémiques est clairement un bien public mondial. »⁴³ (FAO *et al.*, 2008)

La surveillance épidémiologique produit de l'information sanitaire dont le statut reste complexe. En 2007, l'Indonésie a décidé de ne plus partager avec l'OMS les virus grippaux

41. Dans le cas du contrôle des maladies animales, « le contrôle des épizooties en Afrique est clairement menacé par l'État qui a la moins bonne politique et chez qui des foyers de maladies vont subsister ; de ce fait l'efficacité dans la gestion de ce bien public s'en trouvera nettement altérée » (Gabas et Hugon, 2001). Mais ces auteurs ajoutent : « En revanche, la mise au point de vaccins contre les grandes épidémies, en particulier le sida, fait partie de la catégorie des biens publics à la portée du meilleur (*best shot goods*), produits par les pays et les entreprises des pays les plus riches. » Il existe également des biens dits « additifs » qui résultent de la somme des efforts de tous les acteurs, tels que la stabilité climatique (Gabas et Hugon, 2001).

42. « Preventing emergence and cross-border spread of human and animal infectious diseases is considered to be a global public good... Surveillance systems that underpin the prevention of emergence and spread of such diseases are also recognized as a global public good. » (traduction de l'auteur)

43. « As it is not clear what a disease's potential is until after it has emerged, surveillance for potentially pandemic EID is clearly a global public good. » (traduction de l'auteur)

prélevés sur son territoire au motif que le pays ne bénéficiait pas de retombées de ce partage, notamment de l'accès au vaccin mis au point à partir du matériel fourni⁴⁴. Cette décision a déclenché un débat sur le statut des échantillons de virus : doivent-ils être considérés comme des ressources biologiques et donc être couverts par la Convention sur la diversité biologique qui proclame la souveraineté nationale sur les ressources génétiques ? Ou doivent-ils être considérés comme des informations épidémiologiques et donc couverts par le Règlement sanitaire international qui proclame l'obligation des États à partager cette information⁴⁵ (Fidler, 2008) ?

Un autre élément de complexité est lié au rapprochement réalisé entre santé humaine et santé animale à travers la problématique des zoonoses dans le concept de bien public mondial. La santé humaine est qualifiée de bien public dans la mesure où (mais pas seulement) elle touche à un droit universel, le droit à la santé. Mais le statut de la santé animale est plus ambigu. Certes la santé des animaux à travers les zoonoses concerne la santé humaine, mais elle ne s'y limite pas. La santé des animaux relève également d'objectifs sectoriels de productivité, de compétitivité des filières et de respect de normes commerciales. Faire de la santé animale un bien public mondial tend à masquer la diversité des intérêts en jeu. La référence au bien commun, à une éthique de responsabilité permet de mobiliser les États autour d'un projet commun de gouvernance sanitaire (et zoosanitaire) internationale. Cependant c'est un concept complexe, appliqué de fait à une diversité d'objets et masquant une diversité d'intérêts. Sa mise en œuvre concrète nécessite de nombreuses mises au point. La prévention et le contrôle des maladies émergentes sont donc des biens publics mondiaux encore largement en construction.

■ La diversité des intérêts nationaux face aux risques zoonotiques

Comme analysé précédemment à l'échelle des individus, la mise en place d'une gouvernance sanitaire mondiale pose la question de l'existence d'un intérêt commun.

Un travail de modélisation réalisé par Colizza *et al.* (2007) montre l'intérêt d'une stratégie internationale collaborative pour le contrôle des maladies infectieuses. Ceci, y compris pour les pays les mieux dotés en capacités techniques et financières de soins. Ces auteurs modélisent une situation de pandémie grippale proche de celle dans laquelle a émergé le virus H5N1. Seul un nombre restreint de pays produisent et disposent des antiviraux nécessaires pour ralentir l'épidémie, ces pays n'étant pas les premiers touchés par l'épidémie. Les auteurs élaborent et comparent différents scénarios de partage des antiviraux à l'échelle internationale. Les scénarios diffèrent par la quantité d'antiviraux que les pays qui en produisent donnent pour la constitution d'un stock mondial. Ce stock

44. Le pays a alors signé un accord bilatéral avec une compagnie transnationale, la compagnie pharmaceutique Baxter, pour échanger matériel génétique (virus de grippe) et vaccins.

45. Par la suite, un accord international a été signé (accord PIP) pour clarifier la question du partage de l'accès aux agents infectieux et aux vaccins.

doit être distribué aux différents pays en fonction de la progression de l'épidémie. Les auteurs montrent que l'utilisation altruiste et coopérative d'antiviraux permet un meilleur contrôle de l'épidémie, qui bénéficie à l'ensemble des pays, y compris aux pays donateurs. En outre, en permettant ainsi de reculer le pic de l'épidémie, il est laissé plus de temps à la préparation d'un vaccin approprié.

Pourtant, le partage altruiste et coopératif est loin d'être acquis, comme en témoigne l'épidémie de H1N1 de 2009, ou celle beaucoup plus mortelle liée au virus Ébola de 2014-2015. Dans ce dernier exemple, les pays les plus nantis comme les États-Unis ont constitué préventivement des réserves stratégiques de matériel de protection des soignants⁴⁶ (combinaisons, masques, surchaussures). Ils ont alors provoqué, durant une courte période, une pénurie dans les pays où les malades sont pourtant plus nombreux (plus de 26 000 malades en Afrique de l'Ouest, et 4 aux États-Unis⁴⁷). Heureusement la pénurie a été de courte durée, sans quoi elle aurait accru le risque de propagation internationale de la maladie.

Comme pour les éleveurs cités plus haut, se pose aussi le problème des coûts que supportent les pays qui jouent la transparence en déclarant les maladies présentes, ou même dont la présence est seulement suspectée sur leur territoire (les maladies infectieuses émergentes étant l'occasion de renforcer le mot d'ordre d'alerte précoce). Des restrictions aux exportations, voire aux transports aériens⁴⁸ peuvent suivre. Elles peuvent avoir un effet désastreux sur l'économie du pays, voire sur sa stabilité sociale et politique éventuellement pire que l'effet de la maladie elle-même (Otker-Rob, 2014). Nuzzo et Gronvall (2011) citent le cas de la suspicion de peste en Inde en 1994, finalement non confirmée mais qui a coûté plusieurs milliards de dollars au pays.

L'ambition de la gouvernance internationale mise en place par les organisations internationales (OIE, FAO, OMS) est d'éviter justement que des restrictions non justifiées soient prises. Mais ces organisations ne sont pas à l'abri des critiques des États qui lorsqu'ils sont directement concernés peuvent trouver les recommandations internationales coûteuses à l'échelle nationale : ainsi durant l'épisode du SRAS, le Canada a vivement critiqué l'OMS pour avoir déconseillé les voyages non indispensables à Toronto et entraîné ainsi de lourdes pertes financières pour ce pays. Il est cependant difficile d'évaluer le coût (sanitaire, économique...) qu'aurait porté l'ensemble des pays dans le cas de la poursuite de ces voyages.

■ Les ambiguïtés de la gouvernance sanitaire mondiale

Si la nécessité d'une gouvernance sanitaire mondiale fait amplement consensus, on constate cependant que dans les faits celle-ci peine encore à résoudre les conflits d'intérêts.

46. <http://www.slate.fr/story/95051/equipement-anti-ebola-penurie#xtor=RSS-2>.

47. Selon le rapport de situation Ébola de l'OMS du 22 avril 2015.

48. Voir l'article du *Monde* du 11 mai 2003 : « SRAS : le coût pour les transporteurs aériens est deux fois plus élevé que celui dû à la guerre d'Irak ».

Scoones (2010) montre que la nouvelle gouvernance de la santé mondiale mise en place à l'occasion des dernières émergences est dominée par la perspective des pays occidentaux et ignore les inégalités structurelles de l'accès aux ressources et de l'exposition au risque. En outre, selon Calain (2007), elle oblige les pays pauvres à se concentrer sur une catastrophe potentielle quand ils n'ont déjà pas les ressources nécessaires pour les maladies infectieuses « classiques » comme la méningite ou la malaria.

De même, Kerouedan (2013) a étudié le concept de santé mondiale (*global health*). Elle montre que le concept de santé internationale, qui a précédé celui de santé mondiale au sein des organisations internationales, était axé sur les problèmes des pays du Sud, sur les maladies qui y pèsent le plus lourdement sur les populations. Avec le concept de santé mondiale, ces problèmes passent au second plan, l'intervention des organisations étant davantage orientée vers les problèmes globaux, c'est-à-dire qui concernent à la fois les pays du Nord et du Sud, quitte à ne plus traiter des priorités sanitaires nationales des pays du Sud.

Dans le domaine de la santé animale, les agendas peuvent diverger : la priorité accordée par la FAO et l'OIE à la fièvre aphteuse (FAO et OIE, 2012) répond davantage aux intérêts des pays exportateurs de viande et déjà indemnes de la maladie qu'à ceux des pays aux élevages de subsistance orientés vers les marchés domestiques (Figuié et Fouilleux, 2013 ; Thomson *et al.*, 2013 ; Scoones *et al.*, 2010).

Ces exemples montrent, comme l'écrivent Gabas et Hugon (2001), que les biens communs ne peuvent être les mêmes selon les sociétés, leur niveau de développement et leur insertion dans l'économie mondiale. Leur production suppose une coordination des États, dans un contexte d'éventuels conflits d'intérêts, de relations de pouvoir, de situation d'hégémonie et de dépendance.

En outre, Nuzzo et Gronvall (2011) montrent avec l'exemple de la grippe H1N1 que nombre de pays ne « jouent pas le jeu ». Ces derniers n'appliquent pas les recommandations des organisations internationales dont ils sont pourtant membres. Ainsi certains ont-ils restreint les échanges aériens, mis des voyageurs en quarantaine contrairement aux recommandations de l'OMS. Plusieurs ont aussi interdit les importations de porcs depuis les pays affectés, malgré les recommandations conjointes de l'OMS, de la FAO, de l'OIE et de l'OMC.

Ce dernier exemple pose la question de l'équilibre à trouver entre gouvernance mondiale et souveraineté des États face à des risques globaux.

I Des États collaborateurs mais souverains

La coopération internationale dans le domaine sanitaire n'est pas nouvelle, mais elle prend avec les maladies émergentes une forme nouvelle. Elle a été établie dès le ^{xiv}^e siècle par le biais de traités minimalistes visant à faciliter le commerce et les voyages : elle visait à harmoniser les contrôles aux frontières, les mesures de quarantaine, et à favoriser le partage d'informations.

L'OMS a été créée en 1948 à partir d'organisations préexistantes. Une de ses principales missions est de coordonner les activités de surveillance épidémiologique par la collecte et la diffusion des informations épidémiologiques communiquées par les États (Fee *et al.*, 2008). L'OIE (initialement Office international des épizooties) a été créée en 1924. Le facteur déclenchant dans la création de l'organisation a été l'apparition de la peste bovine en Europe suite au transit en 1920 par le port d'Anvers de zébus provenant d'Asie du Sud-Est et à destination du Brésil. La motivation des pays fondateurs de ces organisations était d'éviter que la crainte de la propagation d'épidémies dévastatrices n'entrave le commerce mondial. Ces pays se sont alors engagés à faire connaître, au travers de ces organisations, toute information utile sur l'évolution de la situation sanitaire sur leur territoire.

Les recherches sur les politiques de santé publique s'accordent pour constater un changement de paradigme au cours des dernières décennies du ^{xx}^e siècle. King (2002), dans le cadre de l'administration américaine, étudie l'émergence et la montée en puissance à la fin du ^{xx}^e siècle d'un « paradigme des maladies émergentes » dans l'appréhension américaine de santé internationale. Dans le même ordre d'idées, en analysant l'histoire de l'OMS entre 1948 et 1988, Brown *et al.* (2006) décrivent son rôle dans la transition d'un paradigme de « santé internationale » vers un paradigme de « santé mondiale » (*global health*). Et Fidler (2003), se basant sur les travaux sur l'impact de la mondialisation sur la santé publique, décrit l'affaiblissement d'un régime westphalien vers un régime post-westphalien dans les années 1990, marquant la fin d'un dogme de non-interventionnisme dans les politiques nationales de santé publique.

Les anciens paradigmes évoqués par ces travaux prenaient pour modèles des États souverains, protégeant leur territoire contre l'introduction de maladies infectieuses par des contrôles aux frontières. Cette coopération était fondée sur un principe de non-intervention contre l'activité ou l'inactivité des États contre les maladies (Fidler, 2003). Les nouveaux paradigmes sont apparus dans un contexte de mondialisation. Ils soulignent la nécessité d'une nouvelle :

« [...] fluidité institutionnelle en réponse à l'augmentation de l'interdépendance économique, politique et sociale dans le monde moderne, et aux dangers et opportunités qui en résultent, sous la forme de maladies, produits et idées qui traversent désormais plus facilement les frontières »⁴⁹ (Fee *et al.*, 2008, p. 632).

Ainsi, ces nouveaux paradigmes invitent à conserver les mesures traditionnelles de contrôle des frontières menées par des États souverains, pour protéger leur territoire, tout en mobilisant simultanément des réseaux déterritorialisés pour contenir les maladies à leur source (King, 2002). Les nouveaux paradigmes remplacent la coopération internationale

49. « [...] institutional fluidity in response to the increasing economic, political, and social interdependence of the modern world and the resulting common dangers and opportunities in the form of diseases, products, and ideas that readily cross borders » (traduction de l'auteur).

entre des États indépendants et territorialisés par des « projets globaux mis en œuvre par une coalition d'organisations publiques, privées et non gouvernementales »⁵⁰ (King, 2002, p. 774). Beck (2009) va plus loin en suggérant que les risques globaux ouvrent « un espace politique et moral qui est l'occasion qu'émerge une culture de responsabilité qui transcende les frontières et les conflits »⁵¹.

Ces évolutions soulèvent donc la question de la souveraineté des États. Les maladies émergentes récentes (SRAS, H5N1) ont donné lieu à la construction d'un accord entre les États pour la révision du code terrestre zoosanitaire international de l'OIE et du règlement sanitaire international (RSI)⁵² de l'OMS, permettant de renforcer encore l'engagement des pays à collaborer notamment à la surveillance des maladies animales et de renforcer la transparence des États sur leur statut épidémiologique⁵³. Il s'agit en particulier de faire face à des réactions d'États peu coopératifs, comme l'avait été la Chine au début de l'épidémie de SRAS, dont le gouvernement avait refusé de communiquer certaines informations qualifiées de « secret d'État » (*Le Monde*, 9 avril 2003).

Une coopération limitée des États peut s'expliquer par leur volonté de protéger leurs intérêts économiques immédiats, comme évoqué plus haut. Mais elle peut aussi traduire une volonté de défendre leur souveraineté nationale. Ceci en soustrayant leurs politiques nationales à l'emprise des autorités internationales, emprise qui tend donc à déborder du seul secteur de la santé. Cette emprise peut relever d'une tentative délibérée des organisations internationales de saisir l'opportunité des crises sanitaires pour opérer des changements profonds dans les pays concernés. Ces changements relèvent notamment d'une tentative de mettre en place une idéologie du développement basée sur un objectif de bonne gouvernance associant la société civile, et principalement les ONG. C'est ce qu'a montré Atlani-Duault (2005) par une approche anthropologique des projets de contrôle du sida mis en œuvre dans les nouveaux États d'Asie centrale.

Aujourd'hui, les outils mis en place à l'échelle internationale sont peu contraignants. L'idée de mettre en place un droit d'ingérence sanitaire internationale a été brièvement abordée⁵⁴. Ce droit aurait reposé sur le modèle du droit d'ingérence humanitaire défendu

50. « Global projects conducted by coalitions of public, private and nongovernmental organizations. » (traduction de l'auteur)

51. « A moral and political space that can give rise to a culture of responsibility that transcends borders and conflicts. » (traduction de l'auteur)

52. Ce dernier définit une nouvelle catégorie de maladie : les urgences de santé publique de portée internationale (PHEIC), exigeant la coordination d'une riposte internationale et pour lesquelles le RSI oblige notamment les pays « à améliorer les capacités pour la coordination, la préparation, les enquêtes de terrain, la communication sur les risques et la mobilisation sociale ».

53. <http://www.afro.who.int/fr/centre-des-medias/communiques-de-presse/item/5136-renforcer-les-principales-capacit%C3%A9s-pour-pr%C3%A9venir-la-propagation-internationale-des-maladies.html>.

54. En France, en 2006, s'est levé un débat à l'Assemblée nationale sur la nécessité de mettre en place un droit d'ingérence internationale face à des États comme la Turquie et la Chine qui sous-déclaraient les cas de grippe. Ceci afin d'éviter « des logiques nationales qui pourraient avoir des conséquences dramatiques » (internationales), selon l'un des députés porteurs du débat à l'Assemblée.

dans les années 1980 par des ONG comme Médecins sans frontière, au nom d'une morale de l'urgence. Mais l'idée d'ingérence (humanitaire ou sanitaire) suscite de nombreuses critiques : elle est assimilée à une nouvelle forme d'impérialisme des États les plus puissants envers les plus faibles. Elle est restée sans suite, le respect de la souveraineté des États restant une préoccupation majeure des relations internationales.

Quels objectifs pour l'action collective contre les zoonoses émergentes ?

LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES pose des défis accrus à l'action collective. Il exige une mobilisation d'un ensemble d'acteurs du local à l'international, appelés à coordonner leurs actions dans un contexte à la fois d'urgence et d'incertitude. Pour favoriser cette mobilisation, les pouvoirs publics (nationaux ou internationaux) mettent l'accent sur des problèmes d'ordre cognitif ou culturel et entendent favoriser la prise de conscience de l'intérêt collectif et du bien public.

Cette vision dominante tend à dépolitiser la question sanitaire, à passer sous silence les éventuels conflits d'intérêts, les jeux de pouvoir, les résistances volontaires... Nous avons tenté de les mettre ici en avant, à travers des exemples relevant de la santé animale et des maladies zoonotiques.

Au niveau local, les acteurs de terrain ont leur propre logique. Elle vise à protéger leurs intérêts immédiats (éviter l'abattage de leur troupeau par exemple). Elle vise aussi à se soustraire à l'emprise des autorités (nationales, internationales ; publiques, privées). Ces dernières sont souvent tentées de saisir l'opportunité d'une crise sanitaire pour s'ingérer et opérer des changements d'ordres divers. Ces changements peuvent porter sur la mise en œuvre d'une politique de « modernisation » des filières d'élevage. Cette modernisation s'accompagne inévitablement d'une redistribution de la plus-value et du pouvoir dans ces filières ainsi que d'une surveillance accrue des acteurs économiques.

Mormont (2009) à propos des risques collectifs suggère de mobiliser les sociologues pour une démarche de recherche-intervention. La première étape d'une telle démarche est tout d'abord de reconnaître que les acteurs sont déjà organisés, puis de réaliser un diagnostic partagé de la situation avec les acteurs concernés : « Ce diagnostic consiste à faire émerger les différents points de vue sur la situation, à rendre explicites les divergences, voire les tensions, par exemple dans la définition du risque ou des responsabilités. »⁵⁵

55. Il s'agit ensuite de rechercher, avec les acteurs, des formes de coordination nouvelles qui puissent faire évoluer la situation : transformation des relations entre les protagonistes, élaboration d'un programme d'action et de recherche sur lequel peuvent s'accorder les parties prenantes : « Ce dont il s'agit c'est donc de produire des capacités collectives (ce qui ne veut pas dire communes) de prise en charge du problème. Dans ce processus il ne s'agit plus pour le sociologue de dire, dans une perspective déterministe, la vérité des acteurs, de leurs motivations ou déterminations, mais bien d'explorer quelles redéfinitions de leurs pratiques, de leurs compétences et de leurs relations sont possibles et à quelles conditions. » (Mormont, 2009, p. 12)

Au niveau national et international, les États doivent arbitrer entre la défense de leur souveraineté et l'objectif d'intégration internationale, entre des enjeux sanitaires et d'autres d'ordre sociopolitique. Les grands acteurs économiques également peuvent chercher à se protéger d'éventuelles ruptures dans les échanges commerciaux qui seraient consécutives à la mise en place de mesures sanitaires. Et les organisations internationales elles-mêmes, au-delà d'un souci d'efficacité, sont aussi mues par des logiques propres parfois même concurrentes (voir chapitre 2).

Les maladies infectieuses émergentes ont donné l'occasion aux acteurs de la santé publique de faire progresser l'idée, amorcée dans les années 1980, que la prise en charge des maladies infectieuses est un bien public global. Les maladies émergentes ont conduit à enrichir cette prise en charge, initialement centrée sur les maladies humaines, à celle des maladies animales à potentiel zoonotique, et à renforcer le rôle de la surveillance épidémiologique dans les dispositifs de prise en charge.

Les organisations internationales (OMS, OIE, FAO) travaillent aujourd'hui principalement sur des maladies endémiques. Mais elles ont également pris la mesure des défis posés par les maladies émergentes, leur potentiel catastrophique et la nécessité d'une mobilisation large pour agir en urgence malgré les incertitudes. Elles sont porteuses de ce cadrage en matière de bien public global. Elles ont réussi, en lien avec le monde scientifique et médiatique, à produire un changement d'échelle géographique et politique à travers la configuration des causes, des conséquences et des interventions (selon le concept de *scale politics* ; King, 2004).

Le recours au concept de bien public mondial peut permettre de produire un changement cognitif propice à une mobilisation collective autour des enjeux sanitaires. Mais sa traduction dans le domaine de l'action collective présente néanmoins plusieurs obstacles.

Actuellement, le cadrage en matière de bien public porte davantage sur les moyens, et en particulier sur la surveillance de maladies (ou même d'événements) susceptibles de provoquer un risque de santé publique de portée internationale⁵⁶, que sur la santé elle-même. Ce cadrage a l'intérêt d'orienter l'action vers des objectifs spécifiques concrets, plutôt que d'en rester à l'énoncé de grands principes moraux (comme celui du droit à la santé). Il peut permettre d'insister sur les problèmes structurels et logistiques qui limitent les moyens de prévention et de contrôle des maladies.

Mais le cadrage de la prévention et de la santé comme un bien public global, plutôt que la santé elle-même, et donc sur un bien intermédiaire, met de côté le débat sur le bien final et l'intérêt partagé (au service de qui ? de quoi ?). Le concept de bien public global marque une volonté de mettre l'accent sur des maladies globales au détriment de maladies plus spécifiques à certaines catégories socio-économiques. C'est le cas des maladies dites « négligées », c'est-à-dire les maladies endémiques spécifiques aux populations pauvres des pays en développement. Le rapprochement des problématiques de santé

56. En lien avec le concept de PHEIC (*public health emergencies of international concern*) défini par l'OMS.

humaine et animale ne doit en outre pas masquer les enjeux économiques propres aux filières animales internationales. Il y a de plus un enjeu fort à ce que l'action collective à l'échelle internationale non seulement ne se déconnecte pas de l'action collective locale, mais y trouve même sa légitimité.

C'est la santé elle-même qui doit être définie comme un bien public global plutôt que les moyens de sa gestion. Cela permettrait de mettre en avant la santé comme droit universel et de reconnecter les politiques de santé à des politiques humanitaires et sociales. En définissant la lutte contre les maladies infectieuses elle-même comme un bien public mondial, le risque est qu'un choix trop marqué ne s'opère dans le principe de coordination de l'action collective, qui serait alors orienté davantage vers la défense d'un intérêt supposé *a priori* partagé (et on a exposé ici les limites d'une telle supposition) que vers la promotion d'un idéal de solidarité qui ferait de la santé un droit universel.

Remerciements

Je tiens à remercier Aurélie Binot, Corinne Cohen, Céline Dutilly, Claude Gilbert et François Roger pour leurs conseils avisés dans la rédaction de ce chapitre (qui n'engage que son auteur).